

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190498491**

**Vítima: NELSON BARBOSA SOBRINHO**

**Data do Acidente: 19/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), NELSON BARBOSA SOBRINHO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190498491**

**Vítima: NELSON BARBOSA SOBRINHO**

**Data do Acidente: 19/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), NELSON BARBOSA SOBRINHO**

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190498491**

**Vítima: NELSON BARBOSA SOBRINHO**

**Data do Acidente: 19/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), NELSON BARBOSA SOBRINHO**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: NELSON BARBOSA SOBRINHO**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000001456**

**Conta: 000007266-9**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	10450484459	Nelson Barbosa Sobreira	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (83) 486634900		

*Nelson Barbosa Sobreira  
Receuse  
Valentina  
Rua Severino Paiva Araújo  
João Pessoa  
PB 58064-560*

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)	
AGÊNCIA: 1456	CONTA: 07266	(Informar o dígito se existir)	
(Informar o dígito se existir)			

**Autorizo** a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que <b>(assinalar uma das opções):</b>
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
<input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Fico motivado assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

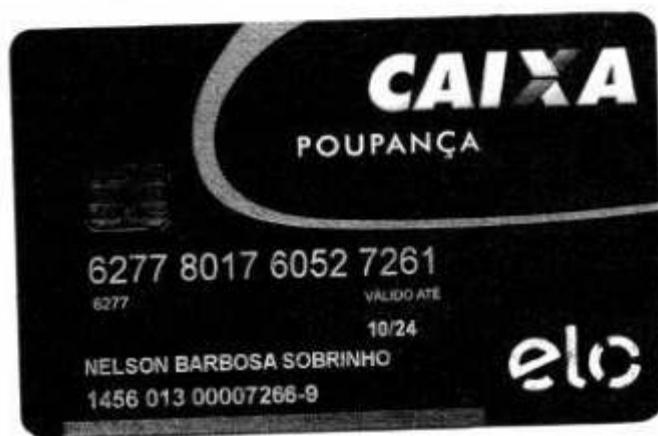
23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (bebêzinho)? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
<input type="checkbox"/> Não						33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? <input type="checkbox"/> Sim
						<input type="checkbox"/> Não

**Estou ciente** de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____
40 - Local e Data, _____	Assinatura da testemunha	
	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 09161.01.2019.1.00.401**

20190826

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 09161.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:15 horas do dia 13 de agosto de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Nelson Barbosa Sobrinho**, CPF nº 104.504.844-59, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Vendedor, filho(a) de Maria de Fátima Carvalho de Araújo e Geraldo Barbosa de Araújo, natural de Princesa Isabel/PB, nascido(a) em 17/12/1992 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Av. Severina Paiva de Araújo, N° 165, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Em Frente a Praça., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98608-0432.

**Dados do(s) Fatos:**

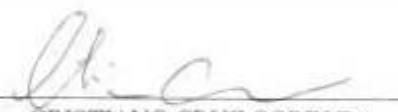
Local: Pb 008, Próximo a Jacumã, Conde/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 19/04/19 03:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

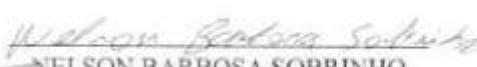
QUE, segundo o declarante no dia 19/04/2019 por volta das 03:15 horas quando transitava, pela PB008; Município de Conde-PB, sentido Jacumã; com o veículo tipo HONDA/NXR160 BROS MIX KS ano e modelo: 2010/2010, de cor laranja, de placa: NQB2017/PB CHASSI: 9C2KD0530AR012565 pertencente ao Sr. Antonio Barbosa Sobrinho, Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando caiu num buraco e perdeu o controle da moto devido a uma forte chuva na hora do acidente, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido, pelo SAMU para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA e em seguida transferido para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITI, onde foi diagnosticado, de acordo com a CERTIDÃO de nº 1181/2019, FRATURA DE ESCAFÓIDE + FRATURA DO ESTILÓIDE DIREITO, conforme LAUDO MÉDICO assinado pela Dra. FABIANA FERNANDES DE ARAÚJO CRM/PB 4516.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

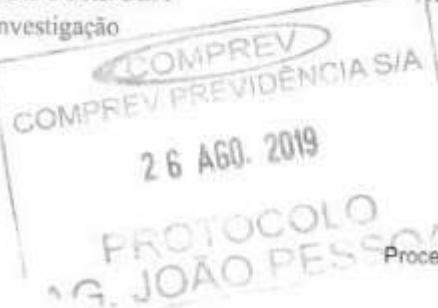
João Pessoa/PB, 13 de agosto de 2019.

  
CRISTIANO CRUZ CORDULA

Agente de Investigação

  
NELSON BARBOSA SOBRINHO

Noticiante



Procedimento Policial: 09161.01.2019.1.00.401

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	10450484459	Nelson Barbosa Sobreira	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (83) 486634900		

*Nelson Barbosa Sobreira  
Receuse  
Valentina  
Rua Severino Paiva Araújo  
João Pessoa  
PB 58064-560*

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)	
AGÊNCIA: 1456	CONTA: 07266	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que <b>(assinalar uma das opções):</b>
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
<input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Fico motivado assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

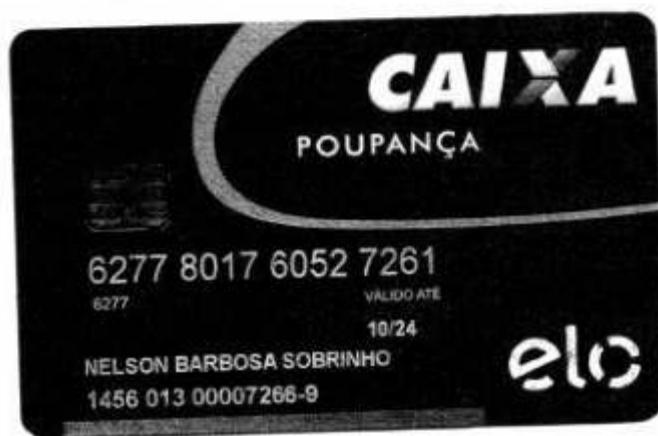
23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (bebêzinho)? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
<input type="checkbox"/> Não						33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? <input type="checkbox"/> Sim
						<input type="checkbox"/> Não

**Estou ciente** de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____
40 - Local e Data, _____	Assinatura da testemunha	
	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



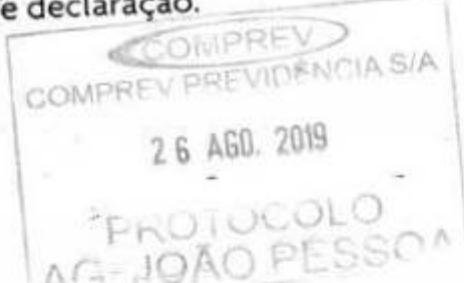


08.806.754/0015-40  
2419085-101  
2019-04-19 03:15:00-03:00

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 905/029, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2419085, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente NELSON BARBOSA SOBRINHO, idade 26 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 19/04/2019, na PB-008 - Conde - aproximadamente às 03:15 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.



João Pessoa, 20 de Maio de 2019.

Jefferson da Rocha Augusto

Estatístico

CRESP - Registro: 101

**SAMU 192 JP**

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME -

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NELSON BARBOSA SOBRINHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01456

CONTA: 00000007266-9

---

Nr. da Autenticação 959E85063190E21D

MARISETE VITOR CAVALCANTE DOS SANTOS  
RUA SEVERINO FERREIRA, 161 - VILA UNA  
JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58010-000

Chase Drs. Automatics 200304084843

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a **Apresentação** **Data prevista da próxima leitura** **CPF/ CNPJ/ RANI**  
Maio / 2019 13/05/2019 11/06/2019 641.705.404-88

UC (Unidade Consumidora): 5/406494-5

Canal de contato:

2010年1月1日开始执行的《企业所得税法》对企业的收入、成本、费用、损失等进行了重新规定。

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leritura	Data	Leritura	
00/01/12	40011	00/01/12		
<b>Demonstrativo</b>				
001- Descrição	Consumo Temporário	Consumo Básico	Consumo Básico	Consumo Básico
	Consumo Total	Consumo Total	Consumo Total	Consumo Total
0001- Consumo mensal	117.600,00	99.999,99	35.000,00	28.000,00
0001- Adc. B. Ano/a		0,00	0,00	0,00
0001- Consumo mensal	117.600,00	99.999,99	35.000,00	28.000,00

## VENCIMENTO

**TOTAL A PAGAR**

06/06/2019

7b9c.2bca

### Indicadores de Qualidade

## ATENÇÃO

Discrimination	Value
100	100
90	90
80	80
70	70
60	60
50	50
40	40
30	30
20	20
10	10
Total	100.00

### Estados em atraso

26 AGO. 2019

COMISSÃO  
26 AGO. 2019  
F. S. V. JULIO C.  
G. JOAO PFERD

CELENI DOMINGOS DA SILVA  
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE, 1877 SALA 02 - MANGABEIRA  
JOÃO PESSOA / PB CEP 58056-384 (AB-3)



Unidade MONOFÁSICO  
Classe: COMMTC 83/ COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES - 000143 - Inscrição 18/05/2018  
Rifex 12-5-292-430 Referência: Agosto/2019  
Medidor 00000077694 Emissor: 20/08/2019

ENERGIA FÁTIMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B120 KM 35, Chã da Areia, Jijóia Festa/PB, CEP 58181-130  
Referência: Agosto/2019

Nota Fiscal Custo de Energia Elétrica 01023-004-00  
Cod. para Drá. Automat. 008-0710994

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800 083 0196 - Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a:	Apresentação	Data prevista da próxima leitura:	CPF/CNPJ:
Ago / 2019	20/08/2019	19/09/2019	262.242.244-04

UC (Unidade Consumidora): 5/1371069-4

Canal de contato:

Unite-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em  
[www.vacinabrasil.com.br](http://www.vacinabrasil.com.br)

6

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
1807	5117		150	32
<b>Demonstrativo</b>				
Quimíco: Tarifado - Vitrine Base Cadastral: (R) - Base Lata Padrão: Comum				
0801 Consumo em kWh	160.000,00	0,020010	124,44	124,44
0801 Adic. B Almoxarifado		1,21	1,21	0,30
0801 Adic. B Vermelha		9,45	9,45	0,30
<b>LANÇAMENTOS DE SERVIÇOS</b>				
0807 CONTRIB SERV. ILUM. PÚBLICA		0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 06/2018		0,34	0,34	0,00
0805 MULTA 06/2018		0,05	0,05	0,00
0806 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2018		0,12	0,12	0,00

CID: Código de Classificação do Item TOTAL 138,62 131,10 32,77 131,10 1,42 6,54  
Taxa de Tributos 0,871770

Media últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR  
30 27/08/2019 R\$ 138,62

Historico de Consumo (kWh)

Agosto 18	Setembro 18	Outubro 18	Novembro 18	Dezembro 18	Janeiro 19	Fevereiro 19	Março 19	April 19	Maio 19	Junho 19	Julho 19
-----------	-------------	------------	-------------	-------------	------------	--------------	----------	----------	---------	----------	----------

RESERVADO AO FISCO  
bd78.562d cc0a.0925.1edc.4ecc.272f.f955.

Indicadores de Qualidade			Compreensão do Consumidor	
Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)
DISENLARIAL	5,07	0,00	PERÍCIA DE DISTRIBUIÇÃO Energisa PB	22,90 71,22
DIS. QUADRANTAL	10,18	NOMINAL	Compreensão Energia	40,66 55,12
DIS. ANUAL	40,30	220	Desvio de Transmissão	4,00 3,30
DIS. MENSAL	3,23	0,00	Exigências Setoriais	7,09 5,11
DIS. TRIMESTRAL	8,47	CONTRATADA	Rescisão Contrato Energia	42,75 54,31
DIS. SAZONAL	12,95	LIMITE INFERIOR	Outras Despesas	0,00 0,00
DMC	2,56	0,00	Total	138,62 106,00
DIGI	12,22	LIMITE SUPERIOR		

ATENÇÃO  
- Leitura confirmada

BANCO DO BRASIL - PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL  
00190.00009 03150.244006 00229.271176 9 79940000013862

PAGADOR: CELENI DOMINGOS DA SILVA - LPR/CNPJ: 262.342.244-01  
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE, 1877 SALA 02 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB CEP: 58056-384

Número de  
Referência: 008-0710994

COMPRA  
AG. F. DOMINGOS DA SILVA  
26 AGO. 2019  
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
 PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

 Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 82 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação do sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=129636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RISSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADES DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI N° 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024.91, na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário

Nelson Barbosa Sobrinho inscrito (a) no CPF sob o N° 104.504.844.59  
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Nelson Barbosa Sobrinho

inscrito (a) no CPF sob o N° 104.504.899.59, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Agente Fiscal José C. Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:			
Bairro:	<u>Mangabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58056-384</u>
E-mail:							Tel (DDDD) <u>(83) 9 866 34900</u>

Local e Data:

João Pessoa - PB 26/08/2019

Assinatura do Declarante

CONSELHO DE PREVIDÊNCIA FINANCEIRA  
 26 AGO. 2019  
 FOLIO 001  
 COMPREV

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antônio Barbosa Sobrinho,  
RG nº 3692073, data de expedição 06/02/2019  
Órgão SSS-PB portador do CPF nº 097-123-454-97 com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
D. Olívia Correia de Barvalho, nº 26,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Nelson Barbosa Sobrinho cujo o condutor era  
Nelson Barbosa Sobrinho

Veículo: moto

Modelo: HONDA/NXR 160 Bros

Ano: 2010

Placa: NA 82017

Chassi: 9C3K00530AR012565

Data do Acidente: 34-04-19

Local e Data: João Pessoa, 13-08-19



Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



**CARTÓRIO CELEIDA**

1º SERVIÇO NOTARIAL CIVIL/CRIMINAL

COMARCA DA CAPITAL

Rua Joaquim Nabuco, 500 - Bairro da Capital - CEP 50010-000 - João Pessoa - PB - Telefone: (83) 3201-4078  
Reconheço Por Autenticidade a Firma de ANTONIO BARBOSA  
Sobrinho, (861971). J.Pessoa-PB. 13/08/2019 11:08:59 Emol  
R\$9,91 Farpen:R\$0,29 Fepi:R\$1,98, ISS:R\$0,50. Em testi de  
verdade. Tabelia CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA.  
Digital AIY99218-YFTS Consulte em  
<https://selodigital.tjpb.jus.br>



## CERTIDÃO

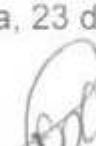
Nº. 1181/2019

Atendendo solicitação de **NELSON BARBOSA SOBRINHO** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº222978 e Prontuário Nº 2017.08.0148 pertencentes ao paciente **NELSON BARBOSA SOBRINHO** requerente que foi atendido dia 19/04/2019 às 20h34min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro superior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de escafóide + fratura do estilóide direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 10/05/2019. Com alta médica dia 11/05/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 23 de julho de 2019



Dra. Fabiana F. de Araújo  
CARDIOLOGIA  
CRM PB 4516

Médica  
CRM/PB 4516



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 222978 Atd: Nao Regulac  
Data: 19/04/2019  
Hora: 20:34:29  
Recepctionista: GIULIANA DE MENEZES DE  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 2

Nome: NELSON BARBOSA SOBRINHO

Num. Prontuario: 2017.08.000148

CNS: 708503367372078 Sexo: M IDENTIDADE: 3737971 Fone: 987673087

Natural: PRINCESA ISABEL/PB Data Nasc.: 17/12/1992 Id: 26 ano(s)

End.: RUA SEVERINA PAIVA DE ARAUJO, 174 CPF-104504844-59

Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DE FATIMA CARVALHO DE ARAUJO Pai: GERALDO BARBOSA DE ARAUJO

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: VENDEDOR SEM ESPECIFICACAO

Escolaridade: SUPERIOR INCOMPLETO

INFORMACOES DE ENTRADA

Re: IRMAO/ ANGELO MARCIO

Te1/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA

Vitima de violéncia por: QUEDA DE MOTO HJ AS 03:30/NA ESTRADA DO CONDE /CON

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Cj. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
[ ] Vomito		

Queixa Principal

Observacao

FR: RA DO ESCAFOIDE EM PUNHO D

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Exame feito com a f. exaforde e lacrimejante*

Diagnostico

| Conduta - JH

Prescriçao

| Horario da medicacao

*Dr. Gomes de Figueiredo  
Clínica Traumática  
01/04/2019*

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

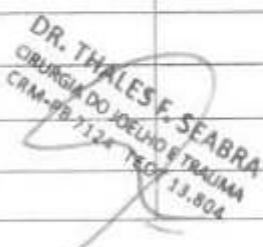
Nome: <u>Nelson Barbosa Sobrinho</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:	<u>Thales Seabra</u>		1º Assistente:	<u>Alvarenga</u>
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I: _____ T: _____

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
<u>Fissura do escafoide + insuficiencia</u>	
<u>Somium traum. Ponto dren.</u>	

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
<u>O mesmo</u>	

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
<u>Raii do escafoide</u>	
<u>+ fixação fixa + somium</u>	
<u>piramidal com fio K</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não	Descreva:	
Biópsia de Congelação:	1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input type="checkbox"/> ) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:			
1 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Enfermaria 2( <input type="checkbox"/> ) Terapia Intensiva 3( <input type="checkbox"/> ) Residência 4 ( <input type="checkbox"/> ) Óbito durante o Ato Cirúrgico			

  
 DR. THALES F. SEABRA  
 CIRURGIA DO ORELHO E TRAUMA  
 CAM-PB-7124-TEC-13-804

## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Neftali Barbosa Sobral Data da Admissão: 19/09/19  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1 / 1 /

QPD: \_\_\_\_\_

HDA: fx escotóide 0

fx eritóide urtic 0

lacr. gran 4

Medicações em uso: Ø

### Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [ ]Fébre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ [ ]Prurido [ ]Sudorese  
[ ]Calafrios [ ]Coprocia [ ]Adenomegalias [ ]Ictericia [ ]Tonturas [ ]Outros: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoco: [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe  
[ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

AR e ACV: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise  
[ ]Dispneia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

ABD: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmesis [ ]Náuseas  
[ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volume

AGU: [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Políuria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria  
[ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: \_\_\_\_\_

SME: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Rigidez pós-reposo [ ]Deformidades  
[ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos

SN e PSQ: [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
[ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor \_\_\_\_\_





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
SERVIÇO NACIONAL DE HABITAÇÃO

P  
B

NAME: NELSON BARBOSA SOBRINHO

DOC. IDENTIDADE / C.R.G. EMISSOR UF: 3737971 - PB  
CH: 104.504.844-59 DATA NASCIMENTO: 17/12/1992

PAIS/MAIS: GERALDO BARBOSA DE ARAUJO  
MÁRIA DE FÁTIMA CARVALHO DE ARAUJO

PERMÍTIDO: ACC CAJUEIRO  
VALIDADE: 17/11/2022  
1ª HABILITAÇÃO: 13/04/2015

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1548902118

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1548902118

ONDE ESTÁ: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 20/11/2017  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
53609390855  
PB035754001

PARAÍBA

COMPREHENSIVE  
COMPRENSIVE DOCUMENTATION  
01 OUT. 2019  
PRÓTICO  
AG. JOÃO PESSOA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190498491      **Cidade:** Conde      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NELSON BARBOSA SOBRINHO      **Data do acidente:** 19/04/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO ESCAFÓIDE DIREITO  
FRATURA DA ESTILOÍDE DA URNA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.3) - OSTEOSÍNTESE ALTA

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190498491      **Cidade:** Conde      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NELSON BARBOSA SOBRINHO      **Data do acidente:** 19/04/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO ESCAFÓIDE DIREITO  
FRATURA DA ESTILOÍDE DA URNA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.3) - OSTEOSÍNTESE ALTA

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>